UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948. — N° 29

LE SARCOME ANNULAIRE DE L'IRIS ET DU CORPS CILIAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 1947.

PAR

Paul DROUIN

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies.

Né à TRÉGUIER (Côtes-du-Nord), le 12 juin 1921.

Examinateurs de la Thèse

MM. BEAUVIEUX, professeur ..... *Président.*
DE GRAILLY, professeur ..... *Juges.*
LOUBAT, professeur ..... *Juges.*
BESSIERES, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1954

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536508_0080

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947-1948. — N° 29

LE SARCOME ANNULAIRE DE L'IRIS ET DU CORPS CILIAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 décembre 1947.

PAR

Paul DROUIN

Élève de l'École principale du Service de Santé de la Marine et des Colonies.

Né à TRÉGUIER (Côtes-du-Nord), le 12 juin 1921.

Examinateurs de la Thèse

MM. BEAUVIEUX, professeur ..... *Président.*
DE GRAILLY, professeur .....
LOUBAT, professeur ..... *Juges.*
BESSIERES, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS
6, Place Saint-Christoly, 6

1954

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. CHELLE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, H. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERY, LABAT.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
id.	CREYX.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurg. et gynécol.	CHARRIER.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique méd. et pharmaceutique	PIFFAULT.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Hygiène	PIÉCHAUD.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Médecine légale et déontologie.	DERVILLÉE.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	REBOUL.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET
Chimie	CHELLE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	CASTAGNOU.
Pharmacie	VITTE.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Physiologie	FABRE.	Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. PERRENS (Maladies mentales) — DUFOUR (Anatomie) ; GIRARD (Histoire naturelle pharmaceutique) ; — MESNARD (Pharmacie).

MAITRE DE CONFÉRENCES

M. BLANQUET (Physique pharmaceutique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N...	Obstétrique	N...
Physiologie	N...	id.	MAHON.
Médecine générale	BROUSTET.	Ophtalmologie	BESSIÈRE.
id.	SARIC.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DUBARRY.	Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
id.	F.-J. TRAISSAC	Histologie	MAYER.
id.	BERGOUIGNAN.	Physique médicale	N...
Pédiatrie et puériculture	VERGER.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	N...
Chirurgie générale	MASSÉ.	Histoire natur. méd. et parasitol.	N...
id.	MAGENDIE.	Pédiatrie et Puériculture	VERGER.
id.	POUYANNE.	Méd. légale et méd. du travail.	L'ÉPÉE.
id.	LAUMONIER.	Electroradiologie	LACHAPÈLE.
id.	CHAVANNAZ.	Odonto-stomatologie	MARONNEAUD.
Chimie biologique	TAYEAU.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Cryptogamie	GIRARD.
Accouchements	N...	Pharmacie galénique	MESNARD.
Puériculture	PERY.	Bactériologie	MOUREAU.
Urologie	N...	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Législation pharmaceutique	POTLAWSKI.	Chimie biologique	N...
Ophtalmologie	N...	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.
Anatomie	RIGAUD.	Pathologie chirurgicale	LAUMONIER.
Chimie minérale	N...	Electroradiologie	CAILLON.
Botanique	GIRARD.		

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES PARENTS

A MES FRERE ET SŒURS

A MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A TOUS MES AMIS

A Monsieur le Docteur NICOLAS

Chef de Clinique ophtalmologique à Bordeaux.

Qui a inspiré le sujet de cette thèse et nous a guidé dans sa rédaction.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Médecin Général de 2e classe GALIACY

Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Médaille de la Résistance.

A Monsieur le Médecin en chef de 2e classe SIMON

Sous-Directeur de l'Ecole Principale du Service de Santé de la Marine,
Médecin des Hôpitaux de la Marine,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier d'Académie,
Médaille d'Argent de l'Education physique.

A MES MAITRES
DES FACULTES DE LYON, MONTPELLIER ET BORDEAUX

AUX MEMBRES DE MON JURY

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BEAUVIEUX

Professeur de Clinique ophtalmologique,
Ophtalmologiste des Hôpitaux,
Officier de l'Instrucion publique,
Officier de la Légion d'honneur.

Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse.

LE SARCOME ANNULAIRE DE L'IRIS ET DU CORPS CILIAIRE

INTRODUCTION

Parmi les cancers de l'uvée, il en est de postérieurs, localisés en arrière du plan équatorial de l'œil, et se manifestant d'une façon précoce par des troubles visuels nets; d'autres, au contraire, sont antérieurs par rapport à ce plan et restent longtemps silencieux.

C'est de ces derniers que fait partie le sarcome annulaire de l'iris et du corps ciliaire qui n'en est, en somme, qu'une forme anatomo-clinique. Son intérêt particulier réside dans les deux points suivants, sur lesquels nous nous proposons d'insister davantage :

1° le diagnostic au début, difficile en raison d'une symptomatologie fruste ou trompeuse, mais qu'il importe de poser très exactement si l'on ne veut pas aboutir par des erreurs de traitement à accélérer la propagation métastatique du cancer;

2° l'anatomie pathologique, curieuse par la localisation particulière, élective, du processus néoplasique : infiltration circulaire, en anneau plus ou moins régulier de la base de l'iris et de la portion ciliaire avoisinant l'iris.

Notre plan général sera le suivant :

Après un bref rappel historique, viendront :

— un aperçu résumé d'anatomie et d'histologie;
— l'étude clinique détaillée;
— la série des 5 observations publiées en France;
— un chapitre d'anatomo-pathologie;
— enfin le pronostic et le traitement.

I

RAPPEL HISTORIQUE

Signalé pour la première fois dans la littérature médicale par Ewetszky, on relève jusqu'à ce jour, tant en France qu'à l'étranger, une vingtaine d'observations du sarcome annulaire de l'iris et du corps ciliaire. Nous manquons toutefois de renseignements en ce qui concerne les publications étrangères pour la période 1940/1945.

Ce sont, par ordre chronologique :

Little, 1882;
Grœnow, 1889;
Kopetszky von Rechtperg, 1902;
Meyerhof, 1902;
Pearsons, 1903;
Wernes, 1905;
Weintersteiner, 1906;
Bergmeister, 1909;
Alling et Knapp, 1911;
Ischreyt, 1912;
Hertel (Preuve de la nature tumorale de l'affection, 1912);
W. Reiss, 1912;
T. M. Li, 1923;
Truc et Déjean, 1924;
A. B. Bruner, 1924;
W. R. Murray, 1927;
N. Klein, 1928;
Szymanski, 1928;
D. R. Adams, 1930;
Gibson, 1933;
Thon, 1936 (2 cas, thèse de Leipzig);
O. Boje, 1937;
Siegert, 1938;
Déjean (*in* thèse Buscail, 1940);
Sedan, 1944;
Nicolas, 1945.

II

RAPPEL ANATOMIQUE ET HISTOLOGIQUE

L'œil est essentiellement constitué de trois membranes : sclérotique, choroïde et rétine, enveloppant les milieux transparents : humeur vitrée en arrière du cristallin, humeur aqueuse en avant.

La portion qui nous intéresse ici comprend grossièrement la calotte hémisphérique antérieure constituée, sclérotique mise à part, par la choroïde et ses dérivés (corps ciliaire, iris) et par l'homologue de la rétine à la partie antérieure de l'œil : les procès ciliaires.

La limite exacte entre la portion postérieure, choroïdo-rétinienne et le segment antérieur, irido-ciliaire, est appelée ora serrata. C'est une ligne circulaire, située en réalité un peu en avant du plan équatorial. Elle marque la limite antérieure de la rétine visuelle et avance davantage sur le côté nasal, ce qui augmente l'étendue du champ visuel temporal, le champ visuel nasal étant limité par le massif du nez.

La portion antérieure irido-ciliaire, qui seule nous intéresse, doit être étudiée en deux paragraphes : le corps ciliaire et l'iris.

1° Le corps ciliaire.

C'est un segment de sphère plus qu'un anneau, dont la limite antéro-interne est constituée par la circonférence extérieure de l'iris et la limite postérieure marquée par l'orbiculus-ciliaris, couche interne du globe oculaire, homologue de la rétine en avant de l'ora serrata.

Sur une coupe horizontale, longitudinale, le corps ciliaire apparaît sous la forme d'un triangle rectangle :

— le sommet de l'angle droit est interne et répond à l'iris;

— l'hypoténuse est antéro-externe et répond à la sclérotique;

— la face postéro-interne est constituée, en avant, par les procès ciliaires (corona ciliaris), replis au nombre de 70 environ, allongés d'avant en arrière, et séparés par les vallées ciliaires.

La face antérieure répond à l'angle irido-cornéen.

Histologiquement, le corps ciliaire se divise en deux segments :

— le corps proprement dit, à prédominance musculaire, d'origine mésodermique, émanation antérieure de la choroïde;

— les procès ciliaires, pigmentés et sécrétoires, d'origine ectodermique, émanation antérieure de la rétine transformée anatomiquement et physiologiquement.

A. — Le corps proprement dit comprend :

1° au milieu d'un *stroma* conjonctif relativement serré dans sa portion radiaire, plus lâche dans sa portion annulaire;

2° quelques *chromocytes* ou cellules à pigments;

3° et surtout, des *fibres musculaires* :

— fibres méridiennes externes, longitudinales, se prolongeant jusqu'à l'ora serrata et répondant à la sclérotique;

— fibres radiaires, les plus importantes, constituant la masse même du corps ciliaire, ou muscle de Bruecke, à direction surtout longitudinale;

— fibres annulaires, ou muscle de Müller, plus inconstantes, présentes surtout, croit-on, sur les yeux courts d'hypermétropes, où l'accommodation doit être mise en jeu très souvent.

B. — Les procès ciliaires formés :

a) d'un stroma conjonctif,

b) et d'un épithélium à deux couches de cellules :

— des cellules profondes, pigmentées, continuation de l'épithélium pigmenté de la rétine;

— des cellules superficielles claires.

Les procès ciliaires semblent sécréter l'humeur aqueuse.

2° L'iris.

C'est un anneau situé dans un plan frontal, perpendiculaire à l'axe optique, percé d'un orifice central, la pupille, de diamètre variable, sous l'action des muscles dilatateur et sphincter de l'iris. C'est un véritable diaphragme d'appareil photographique.

— La face antérieure est la face visible, pigmentée, dont la coloration varie avec les sujets et répond à la chambre antérieure de l'humeur aqueuse.

— La face postérieure est noire et répond, par l'intermédiaire de la chambre postérieure, aux procès ciliaires et à la face antérieure du cristallin.

— La grande circonférence s'insère à la partie interne du corps ciliaire et forme, avec le limbe scléro-cornéen, un angle aigu qui limite latéralement la chambre antérieure : l'angle irido-cornéen.

Histologiquement, l'iris est constitué d'avant en arrière :

— D'un endothélium à cellules plates;

— Du stroma propre de l'iris, d'origine mésodermique, amas de fibrilles conjonctives lâches, entre lesquelles se trouvent :

des vaisseaux;
des cellules pigmentaires, les chromatophores;
des cellules-amas;
les fibres circulaires du sphincter irien, constricteur de la pupille, d'origine ectodermique (épithélium rétinien embryonnaire);

— De l'épithélium rétinien, dont la couche postérieure est un épithélium pigmenté, et la couche antérieure, non pigmentée, est différenciée en cellules myo-épithéliales, dont l'ensemble constitue le muscle dilatateur de l'iris.

L'épithélium pigmenté dépasse légèrement dans la normale la marge pupillaire pour constituer le liséré pigmenté de la pupille.

Nous verrons que ce liséré peut subir des modifications d'aspect dans les affections tumorales qui nous occupent.

C'est dans cette portion du tractus uvéal que se développent, aux dépens du tissu conjonctif, les sarcomes mélaniques ou non pigmentés.

Etiologie.

L'étiologie de ce sarcome intra-oculaire, comme celle d'ailleurs de toutes les tumeurs malignes, demeure encore très obscure.

Le sexe semble indifférent : les femmes sont atteintes aussi bien que les hommes.

L'œil gauche est aussi souvent touché que le droit.

En ce qui concerne l'âge, l'examen des différents cas permet peut-être de conclure à une sensibilité plus grande des sujets entre 25 et 50 ans :

Cas de Pearsons (14 ans);
Cas de Kopetszky (20 ans);
Cas de Siegert (26 ans);
Cas de Grœnow (28 ans);
Cas du Dr Nicolas (32 ans);
Cas de Siegert (35 ans);
Cas de Déjean (35 ans);
2 cas de Thon (37 et 40 ans);
Cas de Siegert (43 ans);
Cas de Bergmeister (61 ans);
Cas de Sedan (62 ans);
Cas de Dejean (*in* thèse Buscail : 69 ans);
Cas de Reiss (77 ans).

Quant aux véritables circonstances étiologiques, nous en sommes toujours réduits aux hypothèses :

— traumatisme ancien (?) dans le cas de Sedan;
— trauma à 17 ans (branche d'arbre);
— sarcome à 62 ans.

III

ETUDE CLINIQUE

Les tumeurs de la portion irido-ciliaire se manifestent, d'une façon générale, par une évolution sensiblement analogue à celle des tumeurs postérieures.

Rappelons les quatre périodes classiquement décrites :

— période de début;
— période de complications oculaires;
— période de perforation de la coque;
— période de généralisation.

Cette description est naturellement schématique, et l'on peut dire que chaque localisation, chaque forme anatomique, peut revêtir une symptomatologie et une évolution propres.

On reconnaît, par exemple, aux néo-formations situées en avant de l'équateur une période de silence relatif prolongée, et il arrive parfois de voir, à l'occasion d'un examen ophtalmologique banal pour petits troubles visuels, une néoformation faisant très nettement saillie dans le vitré, en arrière du cristallin, visible à l'ophtalmoscope et même au biomicroscope, et précisée alors par l'éclairage de contact. Ces cas sont cependant rares.

Les tumeurs irido-ciliaires ont une symptomatologie très variable dans la période de début en particulier, et nous nous proposons de l'étudier en classant ses manifestations selon trois formes cliniques :

1° forme à symptomatologie trompeuse :
— pseudo-glaucomateuse;
— pseudo-irido-cyclitique;

2° forme tumorale primitive :

— néo-formation visible d'emblée sur l'iris;

3° forme compliquée d'emblée :

— première manifestation par une métastase conjonctivale (Neame, Sedan).

A. — *Début.*

1° Forme à symptomatologie trompeuse.

a) Pseudo-glaucome chronique. — C'est la forme la plus fréquente, nous semble-t-il.

L'affection se présente sous le masque trompeur d'un glaucome chronique ou, quelquefois, subaigu (petit cercle périkératique), et paraît fort bien étiquetée.

C'est une baisse progressive de la vision qui amène le malade à consulter, ou bien quelques troubles visuels banaux : mouches volantes, points noirs, voiles devant les yeux. La prise de la tension oculaire au tonomètre de Schiotz ou la simple pression bidigitale met en évidence l'hypertension intra-oculaire. Quelques douleurs peuvent venir compléter le tableau clinique. L'examen de l'iris, même le plus attentif, ne révèle aucune anomalie, ou bien simplement une petite hétérochromie qui ne retient pas l'attention.

b) Pseudo-irido-cyclite. — Ou bien l'on a affaire à une iritis (cas de Hertel) avec douleurs et photophobie (Terrien).

Au biomicroscope, quelques dépôts sur la membrane de Descemet confirment le diagnostic.

Quelques gouttes d'atropine, et tout peut rentrer dans l'ordre, provisoirement tout au moins.

2° Forme tumorale primitive.

Forme beaucoup plus rare, où l'aspect de l'iris, pour quelqu'un d'averti tout au moins, est beaucoup plus évocateur et fait tout de suite penser à la néo-formation.

a) Parfois, la tumeur se manifeste sous la forme d'un épaississement de la racine irienne, sur une portion plus ou moins importante de sa circonférence, épaississement pigmenté, d'aspect plus foncé que le reste de l'iris, chamois sur les yeux foncés. Cet épaississement semble combler l'angle irido-cornéen, peut rappeler des soudures de Knies très larges et explique, soulignons-le en passant, l'hypertension oculaire qui s'est déjà manifestée.

b) Dès ce stade, on peut voir de petits nodules infiltrant le stroma irien lui-même, modifiant son épaisseur et son allure générale.

c) Modification de la pigmentation irienne, augmentant d'un seul côté.

d) L'attention est parfois attirée par un nævus pigmenté de l'iris, tache brune dont le malade et son entourage surveillent avec inquiétude l'extension.

e) Sieger insiste beaucoup sur un signe très caractéristique et très précoce, selon lui : l'éversion progressive du liséré pigmentaire de la pupille; ectropion anormal de l'uvée par rétraction du parenchyme irien, signe de début que l'on ne retrouve pas dans les mélanomes simples, mais uniquement dans les tumeurs à croissance progressive.

f) Ou bien, enfin, et c'est là le signe pathognomonique, la tumeur elle-même apparaît en vision directe, sous forme d'une masse brun noirâtre, qui paraît venir de la profondeur, à surface régulière, d'aspect velouté et semble s'insérer au niveau de la racine de l'iris.

3° Forme compliquée d'emblée.

Nous retrouvons dans la littérature médicale des observations fort intéressantes qui nous ont incité à créer ce paragraphe de description d'une forme de début, évidemment sérieuse, mais rare.

Il s'agit de deux observations de Neame et de Sedan. Pour-

sines, Ourgaud, dans lesquelles, avant l'apparition, ou tout au moins la découverte de la lésion irido-ciliaire, sont apparus des placards de mélanose conjonctivale, qui étaient en réalité de véritables métastases locales à extension assez lente, dont la preuve a été fournie par l'examen anatomo-pathologique.

Cette observation de Sedan, Poursines, Ourgaud, est reproduite intégralement plus loin.

B. — *Période d'état.*

Toutes ces formes cliniques de début se rejoignent plus tard à une phase commune, qui est celle des complications hypertensives.

Elles sont naturellement plus aiguës si l'affection a débuté d'emblée par un glaucome. Le tableau s'est complété et aggravé, et en particulier on a vu survenir plus ou moins rapidement une profonde excavation de la pupille (Nicolas, Papillon).

Quelques caractères spécifiques distinguent ce glaucome d'un glaucome banal : unilatéralité, évolution rapide, apparition chez un sujet jeune. Cependant, il est fréquent, encore à ce stade, de passer à côté du véritable diagnostic étiologique. On ne voit pas le cancer sous-jacent et on pratique parfois une sclérecto-iridectomie de Lagrange.

C. — *Période des métastases et de généralisation.*

Cette période ne doit plus être atteinte dans l'état actuel de nos connaissances.

Elle pourra malheureusement se produire :

1° *Localement* :

a) spontanément issue de la tumeur, par envahissement du canal de Schlemm et des espaces lymphatiques vers la conjonctive;

b) favorisée par une intervention chirurgicale malencontreuse (iridectomie ou sclérecto-iridectomie, surtout).

C'est ainsi que nous avons retrouvé dans le laboratoire du Professeur Beauvieux une coupe anatomo-pahologique relative à une tumeur irido-ciliaire, pour laquelle une sclérectoiridectomie avait été pratiquée à la phase de pseudo-glaucome. On en trouvera la description à la fin du chapitre d'anatomie pathologique.

2° *Métastases à distance* : foie, vertèbres, etc.

D. — *Evolution.*

Quant à la durée de l'évolution de la tumeur, elle est variable : six mois dans le cas de Bergmeister, quelques mois dans le cas de Siegert; même durée pour le cas de Déjean-Buscail. Celui de Kopetzky, par contre, s'est prolongé pendant douze ans.

Entre ces deux extrêmes, il semble que l'on puisse établir un chiffre intermédiaire voisin de deux ans. Par exemple le cas Déjean a duré deux ans et demi; celui de Sedan, deux ans; celui du Docteur Nicolas, un an et demi (malade revu au début de décembre 1947, excellent état local et général); celui de Siegert, deux ans et demi.

L'évolution locale ne constitue pas le plus gros danger; l'œil est perdu de toute façon. Il faut sauver la vie du malade en extirpant au plus tôt ce foyer tumoral.

E. — *Diagnostic différentiel.*

Il est à faire avec :

1° un simple nævus pigmentaire de l'iris, que l'on différenciera principalement par l'évolution bénigne, stationnaire;

2° des lésions nodulaires infectieuses de l'iris : gommes, tuberculomes, lépromes;

3° les sarcomes circonscrits de l'iris et du corps ciliaire, dont le diagnostic est souvent plus facile, la forme annulaire (qui n'en est, en somme qu'une extension) étant seulement alors une découverte anatomo-pathologique;

4° le glaucome, que l'on est naturellement tenté de croire simple, isolé, alors qu'il n'est que la manifestation secondaire d'une néoplasie à évolution intra-oculaire.

Tout l'arsenal d'investigation ophtalmologique doit être mis en œuvre pour ce diagnostic : gonioscopie, biomicroscope, et, surtout, transillumination sclérale, soigneuse, avec un cône éclaireur à extrémité très fine, sous éclairage puissant. Les Allemands recherchent même d'une façon systématique l'élimination de la mélanine dans les urines, mais les résultats ne sont pas bien probants.

Dans certains cas, encore douteux, on pourra se permettre de pratiquer une iridectomie biopsique, suivie d'un examen histologique, très rapide, qui aura pour but de préciser la nature des lésions dans l'esprit des médecins et de convaincre le malade de la nécessité d'une énucléation d'urgence, d'un œil parfois encore excellent au point de vue fonctionnel.

IV

OBSERVATIONS

Observation I.

(MM. Truc et Déjean.)

Mme D. B. C..., 35 ans, ménagère à B... (gare).

Est vue pour la première fois le 16 juin 1922 pour troubles visuels de l'œil droit.

Antécédents. — Bonne santé. Trois enfants. Hystérectomie pour fibrome il y a trois ans.

Histoire de la maladie. — Depuis six mois, la malade remarque une baisse progressive de la vue de son œil droit. En même temps, une pigmentation anormale noirâtre apparaissait sur l'iris. Rien à l'œil gauche.

Le 16 juin 1922 :

— L'iris de l'œil droit présente une pigmentation noirâtre disséminée;

— La tension est légèrement augmentée (25 mm. Schiotz);

— Vision : 0,4.

Le 2 juillet 1922 :

— La pigmentation irienne s'étend, surtout vers la région ciliaire;

— L'œil droit est sensible, avec diminution notable de la vision. On note un cercle périkératique, quelques douleurs péri-orbitaires, un léger trouble ophtalmoscopique; la tension est à 40;

— On pratique une iridectomie qui amène la suppression de l'hypertonie et l'amélioration de la vision (0,3);

— On examine la pièce opératoire et l'on conclut à un mélanome.

Le 5 octobre 1922 :

— Pas de nouvelle hypertonie oculaire;

— Vision à 0,1;

— La pigmentation irido-ciliaire se développe.

Le 13 février 1923 :

— Augmentation de la pigmentation; atrophie optique; tension à 20.

Le 7 juin 1923 :

— Nouvelle aggravation depuis huit jours;

— Glaucome subaigu; tension 50;

— Vision encore diminuée;

— Progression de la pigmentation;

— L'énucléation est pratiquée d'urgence.

Guérison opératoire.

Un an après l'intervention, l'état général de la malade est excellent. Pas de généralisation métastatique.

Observation II.

(Déjean, *in* Buscail, thèse 1940.)

M. C... (Gustave), cultivateur, 69 ans, de Saint-P... (Ardèche).

Est atteint de troubles visuels de l'œil gauche depuis plusieurs mois. Il voit des mouches volantes, des points noirs, et sa vue baisse en même temps qu'il ressent de temps en temps quelques céphalées.

Il vient consulter le 20 octobre 1932 :

— L'œil gauche voit les doigts à 0 m. 20;

— L'examen du fond de l'œil montre un trouble blanc laiteux au niveau du secteur interne, nasal, de la rétine (amorce de décollement ou d'œdème);

— La transillumination montre une diminution de la transparence de ce secteur;

— Hypotonie du globe oculaire;

— La chambre antérieure paraissant plus profonde que normalement sur sa partie périphérique anormale, on pratique, à la

lampe à fente, un examen de l'angle irido-cornéen, avec éclairage oblique :

1° iris jaunâtre glauque;

2° pupille ovalaire lentement et incomplètement dilatée par l'atropine, laissant des dépôts d'uvée sur la cristalloïde antérieure;

3° des synéchies postérieures multiples apparaissent quand la pupille se trouve à demi dilatée;

4° l'angle de la chambre antérieure est rempli par un bourrelet saillant annulaire; la racine de l'iris semble soulevée.

On fait le diagnostic de sarcome annulaire irido-ciliaire.

Observation III.

(Sedan, Poursines et Ourgaud, Marseille).

Homme de 62 ans, cultivateur, qui a toujours joui d'une excellente santé. Le seul antécédent signalé par le malade est un traumatisme (branche d'arbre) à l'âge de 17 ans, au niveau de l'œil droit, mais qui n'est suivi d'aucun trouble oculaire.

Histoire de la maladie. — En décembre 1942 est apparue une petite tache pigmentée au niveau de la conjonctive bulbaire de l'œil droit.

En septembre 1943 apparaît une seconde tache analogue, légèrement au-dessous de la première.

En décembre 1943, le malade vient consulter pour la première fois. Il existe deux taches mélaniques, strictement conjonctivales, situées sur le méridien de 9 et 7 heures. Aucune lésion irienne ni ciliaire n'est décelable à ce moment. Une biopsie est conseillée au malade, avec indication d'énucléation consécutive. Il n'en tient pas compte et ne revient voir l'ophtalmologiste qu'en mai 1944.

Mai 1944 :

— Les taches conjonctivales ont peu changé d'aspect. La tache inférieure, seule, s'est légèrement étendue;

— Mais on note des signes nouveaux : épaississement irien entre 1 et 3 heures, derrière lequel apparaît une masse brun noirâtre, caractéristique;

— La tension est normale, la vision également;

— On décide l'énucléation immédiate pour le lendemain. Mais le malade n'entre pas à l'hôpital.

Aux environs du mois d'août 1944, va consulter l'ophtalmologiste d'une ville voisine.

Celui-ci pratique une large iridectomie, de 1 heure à 4 heures, sans intervenir sur les taches pigmentaires conjonctivales.

En novembre 1944, après une crise d'hypertension, la tension oculaire au Bailliart est de 40. La vision de l'œil droit est à 0,5. Une tumeur ovalaire brun noirâtre occupe le colobome opératoire (iridectomie). Elle semble s'insérer au niveau de la racine de l'iris. Une nouvelle tache conjonctivale (la troisième) est visible à ce stade de l'évolution, mais cette fois-ci, en regard de la tumeur, sur le méridien de 2 heures.

L'énucléation est pratiquée à cette date après deux ans d'évolution.

Les auteurs insistent, du point de vue clinique, sur « l'apparition isolée et primitive d'une métastase locale conjonctivale qui donne l'éveil cinq mois avant l'apparition de la lésion irido-ciliaire primitive ». Et du point de vue anatomo-pathologique, sur la localisation des métastases conjonctivales, sur le méridien opposé (7 à 9 heures) à celui sur lequel s'est développée, par la suite, la tumeur (1 heure à 3 heures).

Observation IV.

(Dr Papillon, Poitiers.)

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, venu consulter en 1934.

Diagnostic de glaucome chronique avec hypertension considérable et excavation de la papille. Il est pratiqué une sclérectoiridectomie périphérique.

Mais, six mois après, le malade revient voir son médecin pour une diminution progressive de l'acuité visuelle.

A ce moment, la tumeur apparaît dans la brèche opératoire.

L'iris est épaissi circulairement en véritable battant de cloche.

Cette tumeur irienne circulaire conduit à l'énucléation immédiate.

La pièce anatomique est envoyée au laboratoire du Professeur Beauvieux à Bordeaux. Nous la commenterons au cours du chapitre d'anatomie pathologique.

Nous n'avons pu obtenir d'autres renseignements cliniques, non plus que sur l'évolution ultérieure de cette néoplasie.

Observation V.

(Aimablement communiquée par le Dr Nicolas, chef de Clinique ophtalmologique à Bordeaux.

Il s'agit d'une jeune femme de 32 ans, Mme G..., qui est alïée consulter pour la première fois, le 6 novembre 1944, pour baisse de la vision de l'œil droit. Elle raconte qu'en 1943 elle accusait de la photophobie de l'œil droit; la fiche d'examen de son médecin dit qu'il n'y avait pas de cercle périkératique, pas de douleurs nettes, et que ce n'est qu'au biomicroscope qu'on pouvait déceler des signes d'iridocyclite légère, sous forme de petits dépôts, sur la membrane de Descemet.

Réfraction :

O. D., 90° + 0,50; V. = 10/10;

O. G., 10/10.

La tension oculaire était normale à cette époque (on prescrit un collyre à l'atropine).

Les phénomènes durent s'amender quelque peu, puisque ce n'est qu'un an après, exactement, que la malade se présente à nouveau.

6 novembre 1944 : Elle accuse une baisse progressive de la vision de l'œil droit, depuis près d'un an cependant. On note une mydriase moyenne, un très mauvais réflexe photomoteur et une cornée un peu trouble. On note aussi l'existence de soudure de Knies, et au fond de l'œil une excavation atrophique de la papille. La tension est de + 2 au doigt.

L'acuité visuelle est de 1 à 2/10 inaméliorable et de 10/10 à gauche.

Un collyre à la pilocarpine est prescrit et la malade est revue.

Le 13 novembre 1944, la tension est, au Bailliart, de 110 à droite et de 20 à gauche. Le champ visuel de l'œil droit est nettement rétréci à 40° environ concentriquement.

On pratique une trépanation d'Elliot avec iridectomie totale et, tout s'étant bien passé, la malade quitte la clinique le 23 novembre.

Elle est revue :

Le 13 décembre, l'acuité est de 1/10, mais on note déjà une coloration de l'iris un peu anormale. Le parenchyme paraît un peu plus foncé qu'à gauche.

Le 10 janvier 1945, la malade accuse de vives douleurs oculaires de type ciliaire, qui l'ont empêchée de dormir. L'ampoule de filtration est le siège d'une forte inflammation : elle est rouge, turgescente, très vascularisée, mais il n'y a pas de cercle périkératique.

La tension oculaire est de 60 au Bailliart. La pupille est excavée et atrophique.

On prescrit un collyre à l'ésérine-pilocarpine. Le lendemain, la malade souffre de plus en plus. Elle fait maintenant une crise de glaucome suraigu.

L'examen au biomicroscope montre une teinte ardoisée de tout le parenchyme irien, alors que l'iris opposé est d'un bleu très clair. Il n'y a pas d'amas pigmentaires, pas de nævi pigmentaires, ni sur son congénère.

Mais on est frappé par une coloration plus foncée, plus brune, de la racine irienne sur toute sa circonférence, ou plutôt de ce qu'il en reste, puisqu'il y a un colobome opératoire en haut.

Cette coloration brune constitue dans son ensemble un anneau ouvert au niveau de ce colobome; elle paraît être due à la fois à une surpigmentation de toute cette région et aussi surtout à un épaississement de la racine de l'iris.

En effet, l'angle irido-cornéen est comblé par cette base irienne épaissie, qui est venue s'accoler à la face postérieure de la cornée et empiète même sur la cornée transparente.

La transillumination du globe avec un éclaireur de contact ordinaire ne donne pas de plus amples renseignements, le globe s'éclairant bien dans tous les secteurs. Il aurait fallu avoir un cône à extrémité punctiforme pour pouvoir le promener tout le long du limbe et en explorer les moindres détails. Quoi qu'il en soit, le

diagnostic de tumeur, et vraisemblablement de sarcome de l'iris, est posé. Et le lendemain, on pratique l'énucléation.

Le 1er mars, la malade est revue. On note une cavité conjonctivale normale renfermant une prothèse aussi parfaite que possible. Pas de troubles apparents de généralisation somatique.

Décembre 1947 : L'état général et l'état local demeurent excellents.

En résumé, il s'agissait d'une jeune femme dans l'œil de laquelle une tumeur manifesta son évolution successivement par :

1° une période indolore, sans troubles visuels, avec quelques signes d'irido-cyclite et photophobie;

2° une phase d'amblyopie progressive, avec apparition d'hypertonie ou d'une excavation atrophique de la papille. C'est la phase classique du pseudo-glaucome chronique, celle à laquelle on opère, en général;

3° une phase terminale de glaucome irritatif, à la faveur de laquelle on fait le diagnostic de tumeur, ce qui nécessite l'énucléation.

Cette énucléation a duré quatorze à quinze mois. Elle n'a rien d'original en elle-même et suit typiquement les descriptions que l'on retrouve dans tous les traités classiques.

L'originalité réside dans la forme anatomique qu'a prise la tumeur, forme que l'on pourrait déceler cliniquement par un examen approfondi, et qui fut révélée par la suite par l'examen anatomique.

V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous prendrons pour type d'étude l'examen anatomo-pathologique relatif à la tumeur de notre dernière observation, pour en tirer, à la lueur des autres publications, des notions générales.

1° Examen macroscopique.

Le globe oculaire n'est pas déformé, la coque sclérale ne présente aucune coloration anormale, et nous assistons aux coupes en série de la pièce.

Nous voyons apparaître peu à peu, dès que le couteau intéresse le corps ciliaire et l'iris, des zones de couleur brun noir, nettement pathologiques, au sein de ces deux petites parties de l'uvée. La racine supérieure de l'iris est infiltrée uniformément et noir foncé, alors que la racine inférieure présente des îlots noirâtres plus ou moins conglomérés et s'avançant à la face antérieure de l'iris (fig. 1).

Une deuxième étape nous montre une section à peu près équatoriale du globe, passant par la pupille au niveau du colobome opératoire et par papille et nerf optique, en arrière.

L'examen macroscopique seul de la pièce, à ce moment, nous donne de magnifiques détails et permet le diagnostic.

— En bas, talon de l'iris infiltré d'un nodule noir tumoral, épaississement de la zone pupillaire avec infiltration du parenchyme antérieur.

— En haut, l'iridectomie a laissé un talon irien très noir qui s'est collé à la cornée et se continue nettement par un

gros nodule, très noir aussi, occupant le corps ciliaire, nodule surmonté lui-même d'une coupole blanche globuleuse. Cet

Fig. 1.

ensemble constitue à proprement parler la tumeur irido-ciliaire mère.

En arrière, la coupe montre une excavation typique glaucomateuse de la papille optique.

2° **Examen histologique** (Docteur Léger).

Le processus tumoral commence en plein corps ciliaire, dans les fibres du muscle ciliaire. Il infiltre toute l'épaisseur

de l'organe jusqu'aux procès, et d'autre part s'avance à la face antérieure de l'iris, jusqu'à la marge pupillaire.

Type cellulaire : on a presque partout des cellules arron-

Fig. 2.

dies, tassées les unes contre les autres, sans ordre particulier. Elles ont de très gros noyaux, souvent nucléolés, noyaux un peu inégaux, à chromatine assez fine dans certains, plus dense dans d'autres. On note peu de monstruosités, mais quelques mitoses anormales. En quelques points, les cellules sont un peu plus allongées, mais les cellules rondes dominent. Les

cellules sont plus grosses, plus chargées de chromatine au niveau du corps ciliaire, ce qui dénote une zone de grande fertilité. On note la présence de gros blocs de mélanine dans cette zone et ailleurs, aussi bien intra qu'extra-cellulaires. Dans l'ensemble, il y a peu de travées conjonctives, il y a de nombreux faisceaux de type embryonnaire, simples fentes vasculaires sans parois propres (fig. 2).

Région de l'angle irido-cornéen :

— Au niveau de la brèche sclérale, on note une réaction inflammatoire importante avec des lymphocytes, des cellules conjonctives, mais pas d'envahissement de la plaie par des cellules cancéreuses.

— Canal de Schlemm : Les trabécules de Montana ont disparu, écrasés ou envahis par la tumeur; il est impossible de le dire. Pas d'éléments tumoraux dans la lumière du canal; en haut, mais entre la tumeur et lui, il n'y a qu'une très mince lamelle de sclérotique indemne.

— En bas, les espaces de Fontana sont tassés contre la cornée et, dans leur lumière, que l'on distingue encore vaguement, on voit quelques cellules néoplasiques. En regard, dans la sclérotique, toute la zone du canal de Schlemm est nettement plus riche en cellules, dont certaines ne sont pas seulement inflammatoires, mais ne sont pas autre chose que de véritables cellules néoplasiques du même type que celles de la tumeur, dont certaines sont chargées de pigment. Il y a donc, à ce niveau, issue de la tumeur par voie de filtration.

Tumeur mixte de la partie supérieure irido-ciliaire. — Au-dessus d'un nodule très pigmenté, on note une formation beaucoup moins pigmentée, constituée de cellules plus allongées que dans la portion précédemment décrite et où l'on voit, très souvent, des aspects de volutes et où les colorations ordinaires ne montrent pas de pigments. Ce noyau, d'apparence apigmentaire, est nettement entouré d'expansions de la zone sarcomateuse mélanique, sauf dans sa partie la plus interne. La coloration de Mawas ne montre pas non

plus de gros amas pigmentaires, et il semble qu'il s'agisse d'un noyau de sarcome leucocytique, ou leuco-sarcome.

3° Topographie.

On peut reconstituer, après avoir assisté au débitage du globe, la forme de notre tumeur. Nous ne saurions mieux la décrire qu'en la comparant à une bague (anneau complet) possédant un chaton (tumeur irido-ciliaire mère) exactement dirigé vers 11 heures, ce chaton étant constitué par une tumeur mixte : mélanique et leucocytique.

On retrouve, dans la quasi-totalité des observations, cette tumeur irido-ciliaire princeps. C'est elle qui est née la première, et c'est elle qui donne naissance au prolongement annulaire, aux fusées iriennes que nous explique fort bien l'étude de l'iris. Certaines sont très importantes au point de saillir dans le vitré, et de creuser une fossette à l'équateur du cristallin (Bergmeister), ou inversement de faire saillie dans la chambre postérieure, en avant du cristallin (Sedan, Poursines, Ourgaud).

L'épithélium pigmenté des procès ciliaires est également le plus souvent respecté. Il apparaît intact à la fois à l'examen anatomique et à l'examen histologique. Toutefois, Sedan signale en quelques points des excroissances villeuses, véritables bourgeons de l'épithélium ciliaire. Le corps même du muscle ciliaire est peu touché, au moins au début.

Un deuxième fait frappe l'observateur sur la coupe anatomique : la surpigmentation générale intense du corps ciliaire et de l'iris; ils apparaissent bruns, noirâtres, noirs de jais même parfois : traduction macroscopique de la surabondance de la mélanine intracellulaire.

4° Examen histologique.

L'*examen histologique* permet de se faire une opinion sur les conditions qui favorisent le processus annulaire. L'iris est formé de tissu lâche où, entre les fibres élastiques et mus-

culaires, abondent les espaces lacunaires et les fentes lymphatiques. Ce tissu est essentiellement perméable à la marche des cellules tumorales, arrêtées au contraire par les barrières infranchissables que constituent la cornée et la sclérotique. L'infiltration cancéreuse se fera donc, en premier lieu, dans la direction des moindres résistances, en anneau, d'autant plus que la tumeur elle-même ne possède pas de limitante membraneuse susceptible de l'arrêter dans son extension (Bergmeister, pour cette raison, range ces sarcomes annulaires à côté des sarcomes plats de la choroïde). Cette diffusion semble suivre le tissu conjonctif qui engaine le grand cercle artériel de l'iris; de même, on conçoit aisément qu'il lui est facile de se propager vers le parenchyme irien, sous forme de fusées cancéreuses qui se feront jour à la face antérieure de l'iris, sous forme de nodules plus ou moins conglomérés.

L'étude de la tumeur nous permet de différencier plusieurs variétés :

a) le mélano-sarcome, à cellules pigmentaires, noires, mélaniques. C'est le plus fréquemment rencontré : 86 % des cas (cas de Ewetszky, Hanke, Bergmeister, Déjean);

b) le leuco-sarcome blanc leucocytique, à cellules apigmentées : 14 % des cas (cas de Grœnow, Pearsons, Ischreyt);

c) le sarcome mixte, plus rare, caractérisé par la présence de quelques îlots pigmentés au milieu d'un leucosarcome (Pearsons, Ischreyt), ou inversement nodules leucocytiques noyés dans un sarcome mélanique prépondérant (Nicolas).

Etudiant la forme des cellules, nous en trouvons de rondes, d'autres fusiformes; ces dernières sont les plus nombreuses, légèrement pigmentées. Bergmeister a essayé d'établir une relation entre la morphologie cellulaire et l'intensité de la pigmentation, signe de vieillesse :

a) les cellules jeunes sont rondes, sans pigment;

b) les cellules fusiformes, vieillies, accumuleraient la mélanine dans leur protoplasma.

En réalité, on trouve des sarcomes à cellules rondes, très peu évolutifs, et inversement des sarcomes à cellules fusiformes très envahissants.

L'aspect intérieur des cellules tumorales ne diffère pas essentiellement de l'aspect des cellules sarcomateuses en général : gros noyaux, souvent nucléés, inégaux, cellules déformées, mitoses anormales, tassement des cellules les unes contre les autres. En somme, le désordre habituel à ces sortes de tumeurs.

Le protoplasme cellulaire est chargé de mélanine, en granulations si nombreuses que parfois le noyau cellulaire ne devient visible qu'après une décoloration énergique à l'acide chlorique (méthode de Grynfeldt).

Les vaisseaux sont difficiles à voir, leurs parois très minces et les lumières vasculaires fort irrégulières.

Le stroma conjonctif est bousculé par l'envahissement néoplasique.

Peu de cellules cancéreuses dans les lumières vasculaires; elles abondent, par contre, dans les vaisseaux et espaces lymphatiques, ce qui explique à la fois l'extension de la tumeur en anneau, comme nous l'avons montré plus haut, et la propagation sous-conjonctivale, si remarquable dans les deux cas de Siégert et de Sedan : par les espaces lymphatiques de l'angle irido-cornéen, les cellules gagnent le canal de Schlemm, où on les retrouve toujours; elles sont déversées dans les fentes lymphatiques de la conjonctive, où elles viennent former ces taches conjonctivales dont il a été question dans l'étude du diagnostic de début.

Il est un fait certain, mis bien en évidence par les travaux de Siegert, que la tumeur irienne a tendance à s'effriter et à laisser tomber dans le courant de l'humeur aqueuse des cellules néoplasiques, que cette dernière canalisera vers les voies de filtration dans l'angle irido-cornéen, menaçant déjà de passer, par cette voie, dans la circulation générale, pour aller coloniser à distance, dans le foie le plus souvent. Pour Siegert, d'ailleurs, ce serait d'abord à elles que devrait s'attri-

buer l'hypertonie, à cause de ce tamponnement de tout l'angle de filtration qu'elles provoquent.

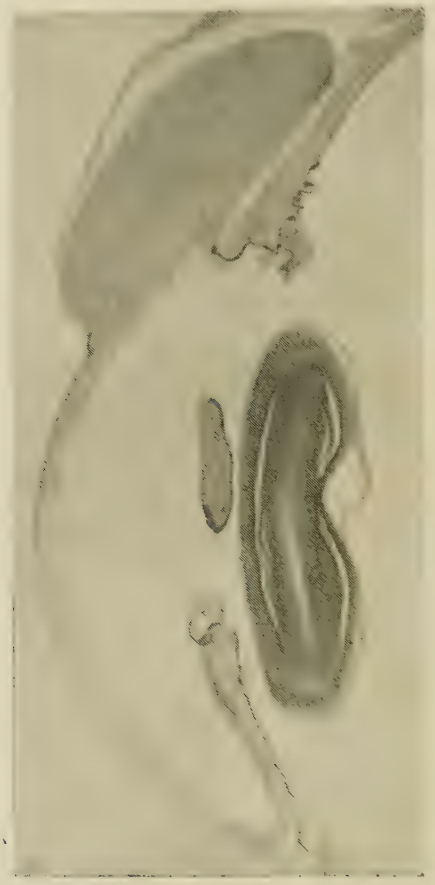

Fig. 3.

Faisons remarquer que sur nos préparations nous avons observé deux faits importants :

a) tout d'abord, l'effritement de la tumeur au niveau de la zone la plus antérieure, infiltrée, de l'iris;

b) ensuite, une colonisation importante et évidente des cellules cancéreuses dans l'angle de filtration inférieur et dans la

portion du canal de Schlemm correspondante, ce qui nous permet de nous demander si les lois de la pesanteur n'interviennent pas ici par la sédimentation qu'elles imposeraient aux cellules néoplasiques isolées dans le liquide camérien.

On s'imagine facilement alors que cette humeur aqueuse, vectrice de ces cellules, puisse constituer un redoutable danger pour les espaces sous-conjonctivaux, avec lesquels elle serait mise en contact, à la faveur d'une sclérectomie ou d'une trépanation.

Même si l'on admet, avec certains auteurs, que ces cellules isolées, baignant dans l'humeur aqueuse, ont perdu à la longue, grâce à des phénomènes osmotiques inconnus qui modifieraient leur constitution, même si elles ont perdu leur pouvoir cancérigène, il n'en est pas moins certain que la brèche sclérale constitue une facile voie de passage à la tumeur elle-même.

Et un exemple frappant est donné par une pièce du laboratoire du Professeur Beauvieux. Il s'agit encore d'un sarcome annulaire de l'iris, adressé par le Docteur Papillon en 1934 (fig. 3).

La coupe passe par la brèche de sclérectomie et d'iridectomie périphérique et montre nettement l'issue de la tumeur intra-oculaire à travers la brèche, provoquant une tumeur épibulbaire. On pourrait appeler cet aspect le sarcome en bouton de chemise, décrit par Heine.

VI

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic du sarcome annulaire de l'iris et du corps ciliaire est un pronostic sérieux; d'autant plus qu'il se développe sur un sujet plus jeune, chez qui l'on observe toujours une évolution accélérée.

La gravité dépend de l'apparition des métastases conjonctivales puis générales dans un quelconque organe de l'économie, et en particulier au niveau du foie.

Mais le pronostic sera bien amélioré si le diagnostic exact est posé suffisamment tôt et l'énucléation pratiquée d'urgence.

Le traitement, en effet, se résume en ces deux mots : *énucléation immédiate*.

Siegert a bien essayé la radiothérapie à haute dose chez un sujet de 26 ans qui refusait l'intervention. Les deux premières séances avaient amené la disparition des taches brunes localisées sur la membrane de Descemet. Trois mois après, la tension oculaire s'étant élevée à nouveau, une application beaucoup plus importante fait encore régresser la prolifération pigmentaire.

Mais, sept mois après, celle-ci repart de plus belle sur la face antérieure de l'iris. Pas de nouvelle application de radiation, et cependant, au bout de trois mois, un an par conséquent après la première séance de radiothérapie, le cristallin apparaît trouble, blanchâtre : il s'agit d'une cataracte provoquée par l'irradiation.

Le malade, à ce moment, voit mal la lumière.

On se décide à pratiquer l'énucléation.

Le seul traitement véritablement efficace apparaît donc bien : l'intervention radicale. Il faut enlever l'œil et ne pas hésiter, ensuite, à réséquer aussi largement que possible les tissus orbitaires.

Toutes les autres opérations (sclérecto-iridectomie, iridectomie) ne sont que palliatives, voire même dangereuses.

CONCLUSIONS

Le sarcome annulaire de l'iris et du corps ciliaire est une tumeur maligne très rare, mais intéressante à un double point de vue :

1° La curiosité anatomo-pathologique que constituent :

a) la disposition annulaire du néoplasme au niveau de la grande circonférence de l'iris et de la partie antérieure du corps ciliaire;

b) la situation « à cheval » sur l'iris et sur la base du corps ciliaire;

c) en dehors de ces deux caractères particuliers, l'histologie de ces tumeurs est celle des sarcomes en général (sarcomes blanc ou mélanique).

2° Le diagnostic, variable avec le stade de l'évolution :

a) Début : une manifestation irienne (mélanose en secteur, nævus pigmenté de l'iris, ectropion de l'uvée, comblement de l'angle irido-cornéen par un bourrelet irien plus ou moins pigmenté) y fait penser;

b) Si rien d'objectif n'apparaît à l'iris, on ne peut y penser qu'au stade des premières complications : signes prémonitoires de l'hypertension oculaire ou hypertension franche (unilatéralité, sujet jeune);

c) Le diagnostic est cependant très important puisque l'idée d'un glaucome entraînerait une opération fistulisante (sclérecto-iridectomie) qui peut favoriser l'issue de la tumeur et ses métastases à distance;

d) Tandis que le diagnostic exact (confirmé par une iridectomie biopsique) imposera la seule thérapeutique actuellement connue : l'énucléation d'urgence.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

BEAUVIEUX.

VU : *Le Doyen*,

R. DUPÉRIÉ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 8 décembre 1947.

Le Recteur de l'Académie,

A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Adams (D. R.). — Ring sarcoma, case. *Brit. Journ. Opht.*, 14, 448, sept. 1930.

Alling and Knapp. — A case of ring sarcoma of the ciliary body. *Arch. opht.*, n° 4, p. 602, 1911. *Annales d'oculistique.*

Bergmeister. — Ringsarkom des Ciliarkörpers. *Leitsch. f. Aug.*, XXII, 5.184, 1909.

Birsch-Hirschfeld. — *Leitsch. für Augen.*, vol. XLIII, § XXVII, 1920.

Boje (O.). — Annular sarcoma of iris and ciliary body. *Case acta Opht.*, 15, 239/243, 1937.

Bruner. — A case of ring sarcoma of the iris. *Arch. of Opht.*, vol. LII, p. 162, 1924.

Collins (Treacher). — Utrech Opht. Kongr.

Cosmettatos. — Mélano-sarcome primitif du corps ciliaire. *Arch. Opht.*, 1925, p. 284.

Déjean. — Le sarcome annulaire de l'iris et du corps ciliaire. *Arch. d'opht.*, t. LXI, juill. 1924.

Delord et Déjean. — Leucosarcome du corps ciliaire. Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier et du L. M., séance du 8 déc. 1933.

Ewetsky. — Von Graefe's. *Arch. of Opht.*, Bd XLV.

Fuchs. — Das Sarckom des Uvealtractus, 1882.

Gibson. — Melanotic sarcoma of the ciliary body. *Proc. of the Royal Soc. Med. London*, 27, 1933.

Grœnow. — Von Graefe's. *Arch. Opht.*, Bd XLVII.

Hertel. — Ringsarkom des Uvealtractus. Demonstrations vereinignung südwest deutscher Augen., 7, XII, 1912.

Ischreyt. — Ein Fall von Ringsarkom des Ciliarkörpers Von Graef's. *Arch. Opht.*, S. 220, 1912.

Klein (N.). — Circular sarcoma of iris and ciliary body. *Klin. Monast. f. Aug.*, 80, p. 631-640, May 25, 1928.

Kopetzky von Rechtperg. — Ringformige Sarcom des Iris und des Ciliarkörpers. *Arch. Opht. Leipzig.* Berlin, 52, II, 1902.

Lagrange. — Traité des humeurs de l'œil et de l'orbite, 1901.

Li (T. M.). — Primary Ring sarcom of the iris. *Amer. Journ. Opht.*, july 1923, p. 545.

Little (D.). — Case of roundcelled sarcoma of the iris successfuld removal of the tumor tr. Opht. Doc. un Kingdom. London, III, 106/108, 1882.

Meyerhof. — Weitere Untersuchungen an Sarkomen des Ciliarkörpers und des Iris. *Klin. Monatschr. f. Aug.*, XI, I, 1902.

Morax. — Epithéliome pigmenté et sarcome de l'iris. *Bull. de la Soc. d'opht. Paris*, févr. 1925.

— Cancer de l'appareil visuel, in *Biblioth. du cancer*, t. VI, p. 238, 1926.

— Diagnostic et pronostic des tumeurs mélaniques. *Bull. et Mém. Soc. franç. d'opht.*, 44, 371, 1931.

Murray (W. R.). — Mélanosarcome annulaire malin de l'iris. *Amer. Journ. of Opht.*, vol. 10, n° 2, p. 101-108, févr. 1927.

Neame. — *In* tome III du Traité de Duke Elder, 1922.

Nicolas. — Un nouveau cas de sarcome annulaire de l'iris et du corps ciliaire. Soc. d'opht. de Bordeaux et du S.-O., séance du 1er déc. 1945; in *Journal d'opht.*, 1945-1946, n° 6, p. 343.

Pearsons. — Ueber ein Fall von Ringsarkom des Ciliarkörpers. *Arch. Opht.*, Bd LV, 1903.

Reiss (W.). — Ueber ein Ringsarkom des Ciliardkörpers. In *Arch. f. Aug.*, LXXXI, S. 274; *Klin. Monatschr. f. Aug.*, S. 472, und *Leitsch. f. Aug.*, XXVIII, S. 246, 1912.

Ribbert. — Ueber des Melanosarkom. *Ziegler's Beitrage*, XLI, Geschwulstlehre.

Sattler. — Tumeurs de l'œil. Hirzel, Leipzig, 1926.

Sedan, Poursines, Ourgaud. — Sarcome de l'iris et du corps ciliaire. *Bull. Soc. d'opht. d'Afrique du Nord, Lyon et Midi de la France*, 1944, n° 6, p. 395.

Sefeelder. — Von Graefe's. *Arch. Opht.*, 1909.

Siegert. — Mélano-sarcome de l'iris, en considérant spécialement le processus de sa croissance et de son évolution. *Arch. für Opht.*, 1938.

Szily. — Ueber die Entstehung des melanotischen Pigments in Augen des embryonen Wirbeltiers und in choroïdal Sarkomen. *Arch. f., mikros Anat.*, Bd 77, H2, Abt. 1.

Szymansky. — Mélano-sarcome annulaire de l'iris. *Bull. Soc. franç. d'opht.*, 1928, p. 38.

Terrien. — Tumeurs latentes du globe oculaire. *Arch. d'opht.*, juill. 1926, p. 385.

Teulières et Beauvieux. — Traité d'ophtalmologie, t. V, p. 99-100, 1939.

Thon. — Sarcome annulaire de l'iris. Thèse de Leipzig, 1936.

Truc et Déjean. — Sarcome annulaire irido-ciliaire. Soc. franç. d'opht., 6 mai 1924.

Villard et Déjean. — Tumeurs mélaniques de l'iris. Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier et du L. M., séance du 28 avril 1933.

— Les kystes de l'iris. *Arch. d'opht.*, févr.-mars-avr. 1933.

Werner. — Sarcome du tractus uvéal. Soc. d'Opht. du Royaume-Uni, 8 juin 1905.

Windersteiner. — Soc. Opht. Vienne, 1906.

Dépôt légal effectué en 1954 (1er trimestre).

26749. — Imprimeries DELMAS, Bordeaux (31.0192). — 1954.